UNIVERSITE DE PARIS V

RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

25

Année 197 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MICHEL CUNY

né le 21 février 1946 à Cahors (Lot)

UNE FICHE AIDE-MEMOIRE POUR LE DEPISTAGE DES RISQUES OBSTETRICAUX

Président : M. François LEPAGE , Professeur .

UNIVERSITE DE PARIS V

RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN-PORT-ROYAL

ANNEE N°

T H E S E

P O U R L E

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

MICHEL CUNY

né le 21 Février 1946 à CAHORS (Lot)

U N E F I C H E A I D E - M E M O I R E

P O U R L E D E P I S T A G E

D E S R I S Q U E S O B S T E T R I C A U X

Président : M. François LEPAGE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0003

A ma femme

A mes enfants Jean-Baptiste et François

En témoignage de notre profonde affection.

A mes parents

A ma soeur

A mes beaux-parents

En témoignage de notre affection

et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François LEPAGE

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Gynécologue accoucheur des Hopitaux de Paris

qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse,

qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur Bernard MICHELON

Chef de service de la maternité
de l'Hopital de Saint-Germain-en-Laye

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé avec
bienveillance dans l'élaboration
de ce travail,

qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude.

S O M M A I R E

I INTRODUCTION

II BUT ET METHODES DE LA FICHE DE DEPISTAGE

DIFFUSION DES FICHES DANS LE CERCLE D'ETUDES PENDANT UN AN

III IMPRESSIONS D'UN UTILISATEUR

IV ANALYSE DES RESULTATS

A. MATERIEL ETUDIE

B. ETUDE DE L'OBJECTIVITE DES CRITERES

C. ETUDE DES RESULTATS MATERNELS ET FOETAUX

1. Problèmes pratiques soulevés par l'exploitation de ces fiches

2. Analyse des 1 000 fiches

3. Résumé de cette analyse

V DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC D'AUTRES EXPERIENCES

VI CONCLUSIONS

VII BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La surveillance obstétricale destinée à apporter à l'enfant les meilleures chances, non seulement de survie, mais d'intégrité physique et mentale, est sans aucun doute ancienne, même si les toutes dernières années ont mis l'accent sur la médecine périnatale et ont mobilisé autour de cette discipline, non seulement le corps médical, mais les pouvoirs publics.

C'est au début de ce siècle, déjà, qu'Adolphe PINARD créait l'expression saisissante de "puériculture anténatale" pour désigner toutes les précautions et soins qui devaient entourer la femme enceinte, afin de protéger l'enfant à naitre.

C'est dans les années de l'après-guerre que M. LACOMME pouvait écrire : "l'état de l'enfant est pour l'accoucheur ce que les suites opératoires sont pour le chirurgien".

Ce qui a changé dans les années récentes, ce n'est donc pas l'objectif, ce sont les moyens et les méthodes de travail.

Le médecin accoucheur d'hier, responsable unique de la surveillance de la grossesse, du déroulement de l'accouchement, des suites de couches et de la puériculture, a fait place à des équipes beaucoup plus nombreuses, plus techniques, qu'il est de bon ton d'appeler "polidisciplinaires". Dans un centre obstétrical même modeste, chaque femme enceinte est rarement suivie pour toutes les consultations prénatales par la même personne, cependant que l'équipe obstétricale responsable de l'accouchement ne fera souvent sa connaissance que le jour de l'entrée en salle de travail et que les suites néo-natales seront assurées par un pédiatre qui n'a pas eu à connaitre la grossesse ni l'accouchement. Dans le secteur privé, l'exercice en association, de plus en plus fréquent, crée des conditions semblables.

Cette division du travail, nécessaire du fait de la multiplication des techniques, bienfaisante dans la mesure où elle met au service de la mère et de l'enfant des compétences complémentaires, expose à un danger : la dilution des responsabilités ; la méconnaissance des observations faites par les autres membres de l'équipe.

Plus l'équipe est étendue et diversifiée, plus se

fait sentir le besoin d'un moyen de liaison qui mette chacun au courant des données essentielles de l'observation ; plus est nécessaire surtout la synthèse de l'ensemble par un responsable qui établit à propos de chaque cas les indications thérapeutiques nécessaires.

C'est à cette double nécessité que répond la fiche aide-mémoire qui a été créée en 1971 par le CERCLE D'ETUDES DES GYNECOLOGUES ACCOUCHEURS CHEFS DE SERVICE de la périphérie de PARIS.

Il s'agit, à l'aide d'un document aussi concis que possible, de dépister les risques plus particuliers à chaque gestante, d'attirer l'attention de tous, à chaque échelon de l'équipe obstétricale, sur ces particularités ; il s'agit enfin de conserver de façon claire et évidente la conclusion du responsable.

Le CERCLE D'ETUDES a donc conçu cette fiche dans un but essentiellement pratique, à l'usage principalement des maternité hospitalières.

BUTS ET METHODES
DE LA FICHE DE DEPISTAGE

En 1971, le CERCLE D'ETUDES DES GYNECOLOGUES ACCOUCHEURS CHEFS DE SERVICE des Hopitaux de la périphérie de PARIS a présenté une fiche aide-mémoire pour le dépistage des grossesses à "haut risque".

Ce faisant il se fixait un but essentiellement pratique : réaliser un "instrument de travail" d'utilisation quotidienne pour améliorer et unifier les conditions de la surveillance prénatale.

En effet, parmi les facteurs qui conduisent à craindre un risque obstétrical, certains sont bien classiques, liés à une pathologie propre à la grossesse ou associée à celle-ci ; d'autres facteurs de risque étaient certes connus ou pressentis, mais ils n'ont été regroupés que récemment de façon systématique : c'est le cas, notamment, du risque d'accouchement prématuré étudié par PAPIERNIK.

Des études statistiques, à l'étranger comme en France, se sont efforcées de définir les corrélations qui existent entre divers signes d'alarme qui peuvent être constatés au cours de la grossesse et les résultats d'accouchement.

Ces études, le CERCLE a choisi provisoirement de tenir leurs résultats pour acquis, sans méconnaitre pour autant les réserves qu'elles suscitent, ni le manque de recul qu'elles comportent. Il est apparu qu'on ne peut attendre les résultats lointains de tels travaux si l'on veut en utiliser la matière pour améliorer la surveillance prénatale.

C'est donc en partant de documents, les uns classiques, les autres plus récents, qu'a été établie cette fiche de dépistage, avec un double souci :

1° - Tenter de couvrir l'ensemble du risque obstétrical maternel et foetal, tout en évitant une trop grande complexité : partis d'une très longue liste de facteurs de risque, on a ensuite restreint et condensé en 60 rubriques.

2° - Eviter le plus possible aux utilisateurs un travail fastidieux ; il n'y a rien à rédiger, mais simplement des cases à cocher d'une croix en face de chaque rubrique, l'ensemble étant réuni au recto d'un seul document, qui est joint à l'observation de chaque consultante.

Après l'en-tête qui comporte les renseignements indispensables à l'identification, la fiche (fig. 1 & 2) est divisée en deux parties :

CERCLE D'ÉTUDES
es Gynécologues-Accoucheurs
hefs de Service des Hôpitaux
de la Périphérie de Paris

Service :

N° de dossier : _____
NOM : _____
Prénom : _____

FICHE DE DÉPISTAGE DU RISQUE OBSTÉTRICAL

clusions _____
rectives
ponsable : _____

SURVEILLANCE INSUFFISANTE

Facteurs de risque notés au premier interrogatoire

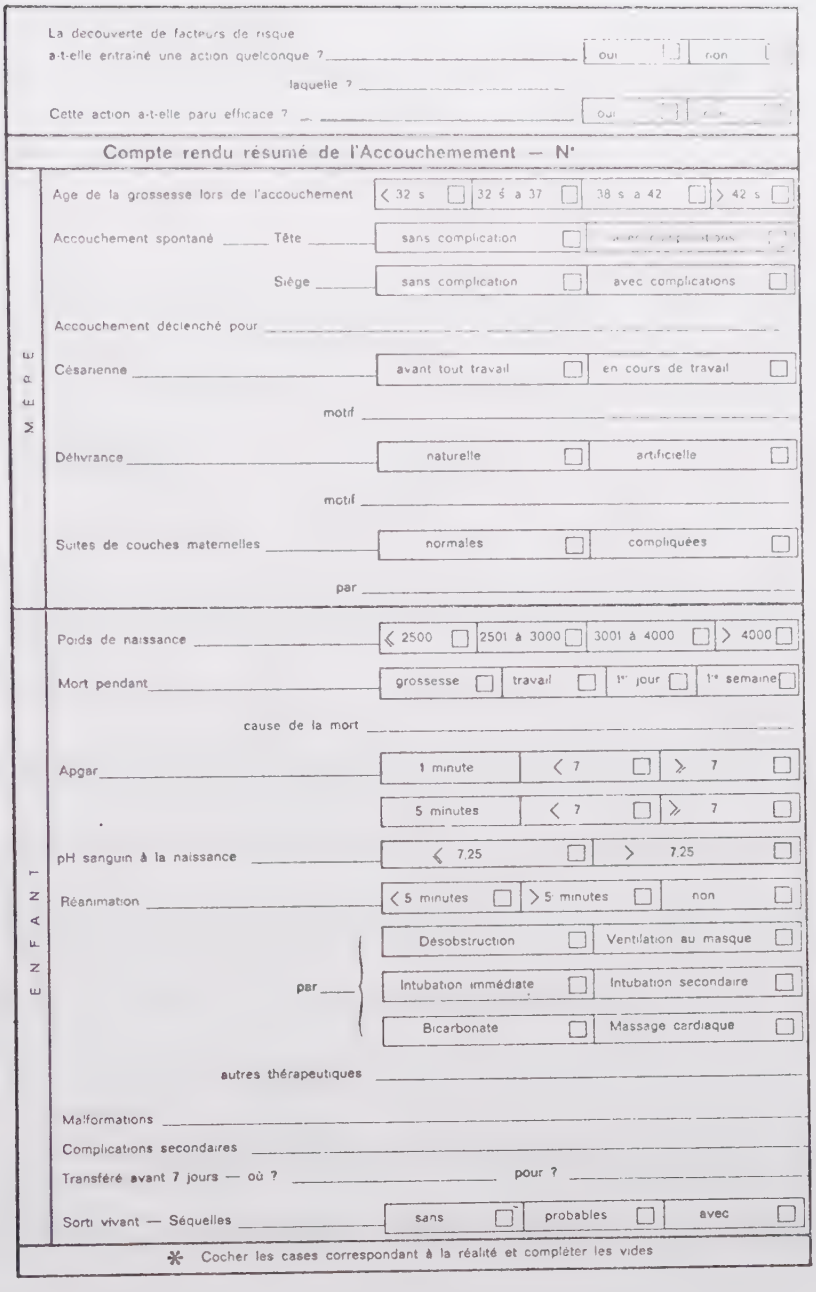
Familiaux	Personnels	Gynécologiques et obstétricaux
ète - Obésité - Gros enfants	Moins de 18 ans	Puberté après 15 ans
ormations - Maladies transmissibles	Plus de 40 ans	Dysménorrhée primaire
s-nés dans la famille	Moins de 1,55 m	Stérilité traitée
	Poids initial, moins de 45 kg	Avortement provoqué (s)
	Primipare de plus de 35 ans	Avortement spontané précoce
Socio-économiques	Plus de 5 enfants	Avortement spontané tardif
E. bas	Rhésus négatif	Malformation utérine
et/ou scolarité insuffisante		
splantation		
tion familiale difficile	Néphropathie ou H.T.A. permanente	Enfant (s) moins de 2500
de 2 enfants sans aide	Diabète insulino-dépendant	Enfant (s) rhésus atteint
de 3 étages	Diabète léger - Obésité	Mort-né (s)
ail pénible ou insalubre	Cardiopathie	Mort néonatale avant 7 jours
et plus de 1 heure par jour	Insuffisance respiratoire	Accouchement compliqué antérieur
de 10 cigarettes par jour		Utérus cicatriciel
ns d'un an depuis un accouchement		

Facteurs de risque constatés aux divers examens

Age de la Grossesse	en mois	⩽ 3		4		5		6		7				8			9			
	en semaines	⩽ 15		19		24		28		32	34	35	36	37	38	39	40	41	42	> 42
ravation du N.S.E.																				
age, effort, traumatisme																				
gue anormale																				
e de poids insuffisante																				
e de poids excessive																				
plus de 13/8																				
èmes																				
umine																				
re																				
lutinines																				
mie																				
rorragies																				
ès de volume utérin																				
ffisance volume utérin																				
. douloureuses																				
ifications du col																				
nellaire																				
malie de présentation																				
sin anormal																				
ction urinaire																				
ction génitale																				
mens spéciaux																				
ture prématurée des membranes																				
e d'entrée en salle de travail																				

Fig. 1

LA FICHE DE DEPISTAGE
Recto utilisé au cours de la grossesse



La découverte de facteurs de risque a-t-elle entraîné une action quelconque ? ____ oui ☐ non ☐

laquelle ? ____

Cette action a-t-elle paru efficace ? ____ oui ☐ non ☐

Compte rendu résumé de l'Accouchement — N°

MÈRE

Age de la grossesse lors de l'accouchement — < 32 s ☐ | 32 s à 37 ☐ | 38 s à 42 ☐ | > 42 s ☐

Accouchement spontané ____ Tête ____ — sans complication ☐ | avec complications ☐

Siège ____ — sans complication ☐ | avec complications ☐

Accouchement déclenché pour ____

Césarienne ____ — avant tout travail ☐ | en cours de travail ☐

motif ____

Délivrance ____ — naturelle ☐ | artificielle ☐

motif ____

Suites de couches maternelles ____ — normales ☐ | compliquées ☐

par ____

ENFANT

Poids de naissance ____ — < 2500 ☐ | 2501 à 3000 ☐ | 3001 à 4000 ☐ | > 4000 ☐

Mort pendant ____ — grossesse ☐ | travail ☐ | 1er jour ☐ | 1re semaine ☐

cause de la mort ____

Apgar ____ — 1 minute — < 7 ☐ | ≥ 7 ☐

5 minutes — < 7 ☐ | ≥ 7 ☐

pH sanguin à la naissance ____ — < 7.25 ☐ | > 7.25 ☐

Réanimation ____ — < 5 minutes ☐ | > 5 minutes ☐ | non ☐

par ____ — Désobstruction ☐ | Ventilation au masque ☐

Intubation immédiate ☐ | Intubation secondaire ☐

Bicarbonate ☐ | Massage cardiaque ☐

autres thérapeutiques ____

Malformations ____

Complications secondaires ____

Transféré avant 7 jours — où ? ____ pour ? ____

Sorti vivant — Séquelles ____ — sans ☐ | probables ☐ | avec ☐

* Cocher les cases correspondant à la réalité et compléter les vides

Fig. 2 Verso de la fiche

renseignements destinés à l'étude des résultats

1° - Les renseignements fournis par l'interrogatoire figurent dans la moitié supérieure et sont recueillis une fois pour toutes, lors du premier examen de la patiente, quelle que soit la date de cet examen dans le service.

Cette partie peut parfaitement être remplie par l'externe, la sage-femme ou l'auxiliaire médicale qui reçoit les consultantes.

On y trouve les facteurs familiaux, les facteurs socio-économiques, puis les facteurs personnels distingués en constitutionnels et pathologiques, enfin les antécédents gynécologiques et obstétricaux, tous ces éléments étant retenus simplement dans la mesure où ils comportent une notion de risque à l'égard de la grossesse actuelle.

2° - Les facteurs de risque observés au cours du déroulement de la grossesse, aux examens successifs sont notés dans la seconde partie ; la disposition en colonnes permet de placer les croix de repérage en fonction de la date d'apparition des symptômes alarmants, donc de signaler leur ancienneté et éventuellement leur persistance et leur répétition.

La notation chronologique, qui constitue l'originalité de cette fiche de dépistage, par rapport à d'autres essais du même genre, paraissait très importante à ses auteurs pour l'évaluation du risque.

3° - La date d'entrée en salle de travail figure à la dernière ligne qui restera donc vierge jusqu'au jour de l'accouchement : une dernière croix de repérage sera placée à ce moment et sa date par rapport à l'âge de la grossesse la fera entrer -ou non- parmi les éléments de risque.

Une grande importance est donc accordée à la chronologie ; en revanche, en raison du but essentiellement clinique et pratique assigné à cette fiche, les auteurs ont délibérément renoncé à assortir les différentes rubriques de coefficients chiffrés, dont l'addition serait censée donner "automatiquement" un taux de risque faible ou élevé.

En effet, ils ont considéré que les notions ici rassemblées n'étaient pas quantifiables avec rigueur et que de telles additions seraient plus pernicieuses qu'utiles, pouvant conduire, ici à des césariennes abusives, là un optimisme dangereux.

Les renseignements qui figurent sur la fiche sont donc purement qualitatifs ; leur appréciation en termes de risque reste soumise au jugement clinique du responsable obstétrical ; la fiche de dépistage est là pour l'aider, non pour le remplacer. Un emplacement a été réservé, en tête de la fiche pour cette conclusion du responsable ; celui-ci l'inscrit à un moment variable, soit lors d'une consultation prénatale, soit à l'arrivée en maternité ; une pastille de couleur peut également être apposée dans le cercle ad hoc pour les services qui ont l'habitude de ce genre de signalisation.

Pour conserver une certaine souplesse d'utilisation, on a laissé libres un certain nombre de lignes dans l'une et l'autre des deux parties principales de la fiche. Ces lignes sont destinées à être utilisées de deux façons : soit pour ajouter à la demande, dans tel ou tel cas particulier, un facteur de risque trop inhabituel pour occuper une place permanente ; soit pour affecter, par entente collective et définitivement, certaines lignes à de nouveaux facteurs de risque, selon le progrès des connaissances ou les lacunes constatées à l'utilisation.

Dans l'intention des auteurs, cette fiche doit jouer le rôle d'un aide-mémoire à deux temps successifs de la surveillance obstétricale :

1° - Au cours des consultations prénatales, elle vise à éviter de méconnaitre, par lassitude, routine, manque de temps, etc..., tel ou tel facteur de risque obstétrical.

2° - Au moment de l'entrée en salle de travail, elle permet au responsable obstétrical, (qui n'est pas souvent, hélas, le même que celui qui a surveillé la grossesse), d'avoir ainsi d'un seul coup d'oeil l'attention attirée sur tel ou tel élément pathologique qui risquerait d'être noyé dans le dossier médical.

DIFFUSION DES FICHES DANS LE CERCLE D'ETUDES PENDANT UN AN

25 000 fiches ont été imprimées et ont été distribuées dans les services de gynécologie et obstétrique désireux de les utiliser.

Une notice d'utilisation précisait certaines modalités pratiques, dans les termes suivants :

"1°) Dans la mesure où cette fiche est conçue comme un instrument destiné au dépistage, il est indispensable qu'une fiche soit remplie pour toutes les consultantes : aucune sélection préalable ne doit intervenir.

Le responsable de la consultation doit s'assurer que ses auxiliaires ont effectivement posé les questions correspondant aux facteurs de risques notés à l'interrogatoire ; il doit en outre cocher les différents facteurs de risque qu'il constate lui-même au cours des consultations ; si les symptômes anormaux se répètent aux consultations successives de nouvelles croix sont placées aux dates correspondantes.

2°) Le responsable obstétrical devra noter en tête de la fiche, à l'emplacement prévu à cet effet, ses

conclusions quant aux risques qui auront ainsi été dépistés ; il le fera au moment jugé par lui le plus opportun, (généralement sans doute lors de la dernière consultation prénatale, mais aussi parfois plus tôt ou au contraire plus tard).

3°) Voici quelques précisions ou conventions qui sont retenues pour guider les utilisateurs :

a - Facteurs familiaux :

- Diabète, obésité, gros enfants : en plus de la croix dans la case correspondante, on pourra souligner celui des trois facteurs qui a été constaté.
- Les gros enfants s'entendent au-dessus de 4 000 g. à la naissance.

b - Facteurs socio-économiques :

- N.S.E. bas : on entendra par là, d'une façon générale, les revenus familiaux de l'ordre du SMIC ; en gros, cela correspond au travail des manoeuvres non spécialisés, employés de maison, habitants de bidons-villes, etc...
- Situation familiale difficile : mère célibataire, femme en instance de divorce, ou toute situation similaire.

c - Facteurs personnels :

- Néphropathie ou H.T.A. permanente, diabète léger obésité : on pourra comme précédemment souligner le facteur incriminé en plus de la croix dans la case correspondante.

d - Facteurs gynécologiques et obstétricaux :

- Avortement spontané précoce : avant la fin du troisième mois ou de la quinzième semaine de grossesse ; ceci définit a contrario l'avortement spontané tardif.

e - Facteurs constatés aux différents examens prénataux :

- L'âge de la grossesse en mois est calculé comme d'habitude, à partir de la date présumée de la fécondation ; l'âge de la grossesse en semaines est calculé, selon la convention internationale, par rapport à la date des dernière règles.

- La concordance entre l'âge en mois et en semaines n'est donc pas absolument parfaite ; la disposition en colonnes permet cependant de dater les épisodes pathologiques d'une façon approximative mais suffisante.

- Fatigue anormale : ce terme prête évidemment à discussion ; on conviendra que cette rubrique correspond aux cas où l'état de la femme parait justifier sans complaisance excessive un arrêt de travail, alors qu'aucun élément pathologique plus précis n'est par ailleurs relevé.

- Prise de poids insuffisante : moins de 500 g par mois ; a fortiori baisse de poids entre deux examens successifs.

- Prise de poids excessive : supérieure à 1 kg par mois ou à 250 g par semaine.

- Albumine : on ne retient qu'un taux supérieur ou égal à 0,10 g/1 000, dosé sur les urines de 24 h.

- Sucre : on ne retient que les glycosuries vraies après identification du sucre réducteur trouvé dans les urines.

- Agglutinines : on ne retient que la présence d'agglutinines observées en milieu albumineux et surtout au test de COOMBS.

- Anémie : nombre de globules rouges inférieur ou égal à 3 500 000 par mm3.

- Excès et insuffisance de volume utérin : on retient une différence d'au moins 2 cm par excès ou par défaut en fonction de la hauteur utérine que l'on s'attendrait à trouver pour l'âge de la grossesse.

- Anomalies de la présentation : elles comprennent, non seulement les sièges et les présentations transversales ou obliques, mais aussi les présentations céphaliques trouvées anormalement hautes et mobiles au dernier examen.

- Infections génitales : dans toute la mesure du possible, préciser le diagnostic par examen bactériologique.

- Examens spéciaux : cette rubrique comporte, entre autres, les anomalies que l'on pourrait constater aux amnioscopies, au dosage de l'oestriol urinaire, etc... La nature de l'examen en question peut être précisé sur la même ligne.

- La rupture prématurée des membranes est à noter lorsqu'elle n'est pas suivie de l'entrée en travail dans un délai de 24 heures.

- Date d'entrée en salle de travail : cette dernière

ligne reste vierge jusqu'au jour de l'accouchement et c'est à ce moment que la croix correspondante est placée : suivant la date où cette croix se trouve par rapport à l'âge de la grossesse, elle figure parmi les facteurs de risque si elle correspond à un accouchement prématuré ou au contraire à terme dépassé.

4°) Au dos de la fiche figure un compte-rendu résumé de l'accouchement ; pour éviter un travail supplémentaire, ce compte-rendu consiste presque uniquement en cases qui doivent être cochées. (Fig. 2 ci-dessus)

5°) Le compte-rendu d'accouchement sera utilisé pour une appréciation des résultats du dépistage, après un certain temps d'usage des fiches.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

AVIS DE CERTAINS UTILISATEURS

A l'issue de cette expérience d'un an, il a semblé utile, avant même d'en exploiter les résultats, de demander à certains utilisateurs qui parfois ont eux-mêmes contribué à la conception de cette fiche, quels ont été les points positifs et négatifs qui ont pu leur apparaitre à l'usage réel et quotidien de cet "outil de travail".

1°) L'élément le plus positif quasiment reconnu par tous les utilisateurs est le trait d'union que constitue cette fiche, qui, comme cela n'aurait jamais dû cessé d'être, réunit la ou les personnes qui suivent la grossesse, au personnel chargé de l'accouchement. La connaissance rapide au moment de l'admission de la gestante :

- des conditions socio-économiques,
- des antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux,
- du déroulement pathologique ou non de la grossesse,

constitue un fait très positif, au bénéfice de la méthode.

2°) Plusieurs objections ont cependant été notées :

La fiche aide-mémoire de dépistage a été conçue pour pouvoir, en un minimum de facteurs cerner le mieux possible

les grossesses à risque. Il semble qu'à l'usage, cette fiche soit apparue à certains utilisateurs encore trop longue, constituant en outre "un papier de plus à remplir".

Cette objection a du poids, car les utilisateurs risquent, par le fait même, d'abandonner la méthode ou de ne l'utiliser qu'imparfaitement. Il convient toutefois de faire deux remarques :

a) la notion de temps est subjective ; tel centre de PMI où telle consultation prénatale surchargée donnera une impression de longueur, de perte de temps à l'utilisation de la fiche, surtout lorsqu'il n'y a pas de facteurs de risque. Telle autre consultation, moins surchargée rendra aisée l'utilisation de cet outil.

b) la fiche ne peut pas indéfiniment, sans perdre de sa qualité, être amputée de plusieurs facteurs de risque, sous prétexte de l'alléger et rendre ainsi son utilisation plus rapide : une simplification plus poussée ne serait sans doute pas un progrès.

Il est cependant bien certain que la fiche de dépistage, telle qu'elle a été conçue, vient se surajouter à une observation obstétricale déjà détaillée.

Il ne pouvait en être autrement dans une première expérience.

Dans la mesure où les résultats que nous analysons vont se révéler positifs, il conviendra donc, d'éviter le "double emploi", tout en conservant les avantages de la fiche aide-mémoire.

Ceci peut être réalisé en intégrant dans l'observation obstétricale courante, avec toutes les adaptations jugées nécessaires, les rubriques qui ont été retenues dans la fiche.

3°) Certains membres des équipes obstétricales ont pu avoir l'impression de l'inutilité d'une telle fiche ; nous ne pouvons que leur donner les résultats de l'expérience qui est loin d'être négative comme nous le verrons, et qui peuvent les inciter à reconsidérer leur position.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

E T U D E D E S R E S U L T A T S

A) MATERIEL ETUDIE

L'enquête a porté sur 1 000 fiches venant des services de MEAUX, SAINT-GERMAIN-EN-LAYE, SAINT-CLOUD, ARGENTEUIL et SAINT-MAURICE, prises au hasard parmi les envois provenant de ces services et utilisées pendant l'année 1972.

On trouvera ci-après (fig. 3) un modèle de fiche remplie au cours de la grossesse. Noter la prise de poids isolée, constatée à 31 semaines, avec apparition d'oedème, 3 semaines plus tard, cependant qu'à 38 semaines l'oedème a disparu, mais une tension artérielle anormale est notée, associée à une insuffisance du volume utérin. Noter enfin les conclusions du responsable en haut de la fiche, et la "pastille" apposée en haut et à droite.

CERCLE D'ÉTUDES
des Gynécologues-Accoucheurs
Chefs de Service des Hôpitaux
de la Périphérie de Paris

Service : [redacted]

N° de dossier : 13646
NOM : [redacted]
Prénom [redacted]

FICHE DE DÉPISTAGE DU RISQUE OBSTÉTRICAL

nclusions Bien voir Tt au cours du travail.
directives
sponsable : Accouchement sous monitoring

SURVEILLANCE INSUFFISANTE

Facteurs de risque notés au premier interrogatoire

Familiaux		Personnels		Gynécologiques et obstétricaux	
bète - Obésité - Gros enfants		Moins de 18 ans		Puberté après 15 ans	
formations - Maladies transmissibles		Plus de 40 ans		Dysménorrhée primaire	
rts-nés dans la famille		Moins de 1,55 m		Stérilité traitée	
		Poids initial, moins de 45 kg		Avortement provoqué (s)	
		Primipare de plus de 35 ans		Avortement spontané précoce	
Socio-économiques		Plus de 5 enfants		Avortement spontané tardif	
.E. bas		Rhésus négatif		Malformation utérine	
et/ou scolarité insuffisante					
nsplantation	X				
uation familiale difficile		Néphropathie ou H.T.A. permanente		Enfant (s) moins de 2500	
s de 2 enfants sans aide	X	Diabète insulino-dépendant		Enfant (s) rhésus atteint	
s de 3 étages		Diabète léger - Obesité		Mort-né (s)	
vail pénible ou insalubre		Cardiopathie		Mort néonatale avant 7 jours	
jet plus de 1 heure par jour		Insuffisance respiratoire		Accouchement compliqué antérieur	
s de 10 cigarettes par jour				Utérus cicatriciel	
ns d'un an depuis un accouchement					

Facteurs de risque constatés aux divers examens

Age de la Grossesse	en mois	≤ 3		4		5		6		7			8				9		
	en semaines	≤ 15		19		24		28	31	32	34	35	36	37	38	39	40	41	42	> 42
gravation du N.S.E.																				
vage, effort, traumatisme																				
gue anormale																				
se de poids insuffisante																				
se de poids excessive									X		X				X					
. plus de 13/8															X					
èmes											X									
umine																				
cre																				
glutinines																				
émie									X											
trorragies		X																		
ès de volume utérin																				
uffisance volume utérin															X					
l. douloureuses																				
difications du col																				
mellaire																				
malie de présentation																				
ssin anormal																				
ction urinaire																				
ction génitale																				
mens spéciaux Estriol															X					
oture prématurée des membranes																				
e d'entrée en salle de travail																X				

Fig. 3 Exemple d'une fiche remplie, pour une grossesse à "haut risque"

B) ETUDE DE L'OBJECTIVITE DES CRITERES

DEFINITION DU HAUT RISQUE

Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir si les critères retenus sur la fiche, critères qualitatifs, avaient été fixés avec une objectivité suffisante pour que l'étude ultérieure des résultats ait une signification.

Cette première partie de l'étude a été menée de la façon suivante :

Deux lecteurs différents, tous deux responsables obstétricaux de services hospitaliers, ont procédé à une double lecture "à l'aveugle" de chacune des 1 000 fiches.

Les en-têtes portant les conclusions ont été préalablement découpées.

En inspectant uniquement le recto de la fiche, le premier lecteur a donné une conclusion "haut risque", notée +, ou "bas risque", notée - ; cette conclusion a été portée sur une feuille de résultats.

Les fiches ont été lues de la même façon par le second lecteur qui ignorait la conclusion du premier.

Les feuilles de résultats émanant des deux lecteurs ont été ensuite comparées entre elles ; chaque fiche, après double

lecture donne donc un couple de résultats qui peut avoir l'une des 4 formes suivantes :

++, +-, -+, --.

Définition du "Haut risque"

Rappelons que la fiche a été conçue dans un esprit essentiellement pragmatique :

- l'établissement de la liste des critères de risque a résulté d'un choix fait a priori, en tenant compte de notions classiques ou récentes dont la signification et l'importance relative sont très inégales.

- Aucune pondération chiffrée n'a été attribuée à ces critères multiples, un jugement qualitatif étant expressément réclamé en tenant compte de l'appréciation personnelle du responsable.

- La fiche est avant tout un aide-mémoire, destiné à maintenir la vigilance en éveil.

C'est donc dans le même esprit pragmatique que fut effectuée la première enquête : la conclusion "haut risque", ou "bas risque" ne doit pas être entendue dans un sens pronostique rigoureux.

Il a été convenu que la conclusion "haut risque" serait

appliquée à toute observation dans laquelle une vigilance particulière paraitrait indiquée, cette vigilance pouvant se traduire par l'une ou l'autre des éventualités suivantes ou les deux à la fois :

- Grossesse justifiant des examens cliniques plus fréquents que ne le comporte une surveillance "ordinaire".

- Grossesse justifiant de recourir à des examens paracliniques non systématiquement prévus dans la surveillance des grossesses non compliquées.

On voit immédiatement que cette vigilance renforcée n'implique pas forcément un pronostic très défavorable ; c'est précisément en cela que consiste la formulation pragmatique de l'enquête. (Une formulation "explicative", visant par exemple à définir avec précision la notion de grossesse à haut risque, aurait nécessité une beaucoup plus grande rigueur dans la définition du risque, rigueur impossible à atteindre avec les renseignements fournis par la fiche).

DANS TOUTE LA SUITE DE CE TRAVAIL, L'EXPRESSION "HAUT RISQUE" EST DONC SIMPLEMENT UN RACCOURCI COMMODE POUR SIGNIFIER "GROSSESSE OU ACCOUCHEMENT PARAISSANT JUSTIFIER UNE SURVEILLANCE CLINIQUE ET/OU PARACLINIQUE PLUS IMPORTANTE QUE D'HABITUDE".

Résultats.

La double lecture à l'aveugle des 1 000 fiches a donné les couples de réponses suivants :

1er lecteur	2e lecteur	
+	+	292 soit 29,2 %
+	-	116 soit 11,6 %
-	+	69 soit 6,9 %
-	-	523 soit 52,3 %

Globalement les résultats sont donc :

- concordants	815	81,5 %
- discordants	185	18,5 %

Analyse des résultats.

1. Test d'homogénéité des réponses

La première question posée est la suivante : globalement, existe-t-il une différence significative entre les conclusions des deux lecteurs ?

Réponse : OUI

La conclusion "haut risque" a été donnée :

- par le lecteur n° 1 : 408 fois soit 40,8 %
- par le lecteur n° 2 : 361 fois soit 36,1 %

La différence entre ces deux pourcentages est très significative au test du χ^2 ($p < 0,001$).

2. Test de concordance des réponses.

La 2e question est la suivante : les appréciations des deux lecteurs vont-elles dans le même sens ?

Réponse : OUI

Lorsque l'un des lecteurs donne la conclusion "haut risque" la probabilité est très forte pour que le second donne également la réponse "haut risque" ; la probabilité d'une réponse inverse est très faible. La différence entre ces deux probabilités est très hautement significative ($p < 1 \times 10^{-8}$).

3. Coefficient de corrélation.

La concordance des réponses des deux observateurs a été également testée par le calcul du coefficient de corrélation.

On trouve entre les deux séries de réponses un coefficient de corrélation $r = 0,49$, très hautement significatif.

Ceci traduit une bonne liaison entre les deux réponses (à titre indicatif, la liaison serait déja significative pour $r = 0,07$).

4. Degré de concordance suivant la nature de la conclusion.

Quand la conclusion "haut risque" est portée, elle est concordante dans 61,2 % des cas.

Quand la conclusion "bas risque" est portée, elle est concordante dans 73,9 % des cas.

La différence de ces deux pourcentages est très significative.

Commentaires.

Il résulte de cette première partie de l'enquête les faits suivants :

1. Les conclusions tirées des fiches restent soumises à l'équation personnelle du responsable ; on pouvait s'y attendre, compte tenu de la conception même de la fiche.

La différence globale constatée entre les réponses des deux lecteurs traduit le fait que l'un est plus "anxieux", l'autre plus "optimiste".

Il serait intéressant de voir si les discordances sont

spécialement rencontrées pour certains critères précis : cela permettrait de les modifier ou de les remplacer par d'autres plus objectifs.

2. Quoiqu'elles diffèrent par leur niveau, les deux séries de réponses sont cependant étroitement parallèles. C'est là le point le plus important.

On peut comparer cette enquête à une double lecture de copies d'examens par deux correcteurs : l'un est globalement plus sévère que l'autre, mais, dans les deux corrections, les meilleures copies gardent les meilleures notes et ainsi de suite.

S'il n'en était pas ainsi, l'intérêt de poursuivre l'enquête serait nul.

3. Les concordances différentes des deux lecteurs entre "haut risque" et "bas risque" sont aisément explicables : devant une fiche "blanche", sans cases cochées, l'appréciation personnelle intervient peu ; devant une fiche chargée de multiples cases cochées d'intérêt inégal, les disparités de conceptions personnelles jouent d'avantage.

C) ETUDE DES RESULTATS MATERNELS ET FOETAUX

I . PROBLEMES PRATIQUES

RENCONTRES DANS L'EXPLOITATION DE CES RESULTATS

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

Cette fiche comporte deux parties bien distinctes ; l'une mentionne les différents facteurs de risques que l'on peut rencontrer au cours de la surveillance prénatale. Cette première partie a été dans l'ensemble, correctement remplie lors des consultations.

L'autre partie qui mentionne les résultats de l'accouchement devait en principe être remplie par la personne qui effectue l'accouchement, en l'occurence dans la majorité des cas par les sages-femmes. Cette deuxième partie n'a pas toujours été correctement ni suffisamment remplie, soit par oubli, soit parce que l'intérêt immédiat d'un tel travail ne semblait pas évident, d'autant plus que le résumé de l'accouchement figure par ailleurs sur l'observation classique.

C'est ainsi que la première rubrique : "la découverte de facteurs de risques a-t-elle entrainé une action quelconque ?" n'a pu être exploitée, vu le grand nombre de réponses non fournies. Il en est de même pour la rubrique "réanimation supérieure ou inférieure à cinq minutes".

Les autres rubriques ont été bien cochées dans l'ensemble et le nombre de réponses non fournies varie entre 2 et 5 %, sauf pour les séquelles où le taux de réponses non fournies est de 42,7 % dans la catégorie HAUT RISQUE ainsi que pour les suites de couches qui comptent jusqu'à 47 % d'absence de réponse dans la catégorie BAS RISQUE. Mais cette absence de réponse pour les séquelles est compréhensible dans la mesure où la durée de surveillance des enfants n'excédait pas celle du séjour en maternité.

II . ANALYSE DES 1 000 FICHES

Les résultats chiffrés de notre analyse sont consignés dans les tableaux n° 1 à 15.

Ces résultats statistiques sont répartis suivant trois groupes, selon que la grossesse était classée à :

- "haut risque",
- "bas risque" (interprétation concordante des deux lecteurs).
- "risque douteux" (interprétation discordante des deux lecteurs).

Pour simplifier, ces trois groupes sont indiqués en abréviation : "HR", "BR", "D".

Après les tableaux nous procéderons à l'analyse de ces résultats rubrique par rubrique.

T A B L E A U X

TABLEAU N° 1

AGE DE LA GROSSESSE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

	HR	BR	D.
Inférieur à 32 semaines	16 5,5 %	3 0,6 %	3 1,6 %
de 32 à 37 semaines	45 15,4 %	44 8,4 %	25 13,6 %
de 38 à 42 semaines	208 71 %	437 81,8 %	142 77,2 %
Supérieur à 42 semaines	8 2,7 %	17 3,25 %	5 2,7 %

Les réponses non fournies expliquent que le total des pourcentages n'est pas égal à 100 %

TABLEAU N° 2

ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE

NON COMPLIQUEES

(Gemellaires non comprises.)

	HR	BR	D.
Nombre.....	224	468	166
Pourcentage.....	76,4	89,4	90,2

TABLEAU N°3

ACCOUCHEMENTS DECLENCHES ARTIFICIELLEMENT

	HR	BR	D.
Nombre.....	8	7	3
Pourcentage.....	2,7 %	1,3 %	1,6 %

TABLEAU N° 4

CESARIENNES

	HR	BR	D.
Avant le travail.....	16 5,5 %	3 0,6 %	1 0,5 %
En cours de travail...	15 5,1 %	8 1,5 %	6 3,3 %
TOTAL.....	31 10,6 %	11 2,1 %	7 3,8 %

TABLEAU N° 5

DELIVRANCE ARTIFICIELLE

	HR	BR	D.
Nombre.....	33	24	7
Pourcentage.....	11,3 %	4,5 %	3,7 %

TABLEAU N° 6

ENSEMBLE DES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

sauf gemellaires

	HR	BR	D.
Nombre.....	65	54	17
Pourcentage.....	22,2 %	10,3 %	9,2 %

TABLEAU N° 7

SUITES DE COUCHES

	HR	BR	D.
Normales.....	184 62,8 %	266 50,9 %	124 67,4 %
Compliquées.....	7 2,4 %	11 2,1 %	6 3,3 %
Réponses non fournies..	102 34,8 %	246 47 %	54 29,3 %

TABLEAU N° 8

POIDS DE NAISSANCE

	HR	BR	D.
Inférieur ou égal à 2 500 g...	42 14,3 %	21 4 %	12 6,6 %
de 2 501 à 3 000 g.....	80 27,3 %	126 24,1 %	37 20,1 %
de 3 001 à 4 000 g.....	151 51,5 %	325 62,1 %	113 61,4 %
Supérieur à 4 000 g.....	14 4,7 %	29 5,5 %	12 6,5 %
Réponses non fournies.....	10 3,4 %	23 4,4 %	8 4,3 %

TABLEAU N° 9

DECES DE L'ENFANT

	HR	BR	D.
Pendant la grossesse.....	7 2,4 %	3 0,6 %	3 1,6 %
Pendant le travail.....	3 1 %	1 0,2 %	1 0,5 %
Le premier jour.....	1 0,3 %	2 0,4 %	0
La première semaine.....	0	0	0
TOTAL.....	11 3,7 %	6 1,2 %	4 2,1 %

TABLEAU N° 10

COEFFICIENTS D'APGAR

	HR	BR	D.
Première minute			
Inférieur à 7.....	29 9,9 %	44 8,4 %	16 8,7 %
Supérieur à 7.....	242 82,6 %	450 86 %	160 86,9 %
Cinq minutes			
Inférieur à 7.....	5 1,7 %	16 3,1 %	5 2,7 %
Supérieur à 7.....	265 90,4 %	478 91,4 %	168 91,3 %
Réponses non fournies	15 5,1 %	24 4,6 %	4 2,2 %

TABLEAU N° 11

REANIMATION

	HR	BR	D.
Ventilation au masque	26 8,9 %	24 4,6 %	4 2,2 %
Intubation immédiate	2 0,7 %	2 0,4 %	2 1,1 %
Intubation secondaire	2 0,7 %	0	0
Bicarbonate intra-funiculaire	7 2,3 %	6 1,1 %	1 0,5 %
Massage cardiaque	2 0,7 %	3 0,6 %	0

TABLEAU N° 12

MALFORMATIONS CONGENITALES

	HR	BR	D.
Nombre.....	5	11	6
Pourcentage.....	1,7 %	2,1 %	3,3 %

TABLEAU N° 13

COMPLICATIONS NEO-NATALES SECONDAIRES

	HR	BR	D.
Nombre.....	7	12	6
Pourcentage.....	2,4 %	2,3 %	3,3 %

TABLEAU N° 14

SEQUELLES

	HR	BR	D.
Séquelles possibles.....	4 1,4 %	8 1,5 %	2 1,1 %
Séquelles très probables.....	1 0,34 %	0	2 1,1 %
Réponses non fournies.....	125 42,7 %	185 35,3 %	65 35,3 %

TABLEAU N° 15

NOUVEAU-NE TRANSFERE AVANT SEPT JOURS

	HR	BR	D.
Nombre.....	20	14	8
Pourcentage.....	6,8 %	2,7 %	4,3 %

A. RESULTATS MATERNELS

1° LA PREMIERE RUBRIQUE portée au dos de la fiche pose la question : une action thérapeutique a-t-elle été décidée pendant la grossesse ? Si oui, a-t-elle paru efficace ?

Nous n'avons pas exploité statistiquement cette rubrique, d'une part, en raison de son intitulé beaucoup trop vague, d'autre part en raison du pourcentage élevé de réponses non fournies par les utilisateurs (30 % à 60 % de réponses non cochées suivant les séries, ce qui est dû probablement à l'imprécision même de la question).

2° AGE DE LA GROSSESSE LORS DE L'ACCOUCHEMENT

a) Les accouchements très prématurés avant 32 semaines représentent 5 % dans le groupe HR contre 0,6 seulement dans le groupe BR, différence hautement significative ($\chi^2 = 19,33$; $p < 0,001$)

b) pour l'ensemble des accouchements prématurés (avant 38 semaines), le groupe HR comporte 20,9 % contre 9 % seulement pour le groupe BR. Cet écart, quoique moins grand que pour les accouchements très précoces reste cependant hautement significatif ($\chi^2 = 21,52$; $p < 0,001$).

En revanche, le groupe Douteux comporte 15,2 % d'accouchements prématurés (différence non significative avec le taux de 20,9% du groupe Haut Risque : ($\chi^2 = 2,48$)

c) Pour les accouchements à terme (38 à 42 semaines)

On compte 81,8 % dans le groupe Bas Risque, contre 71 % dans le groupe Haut risque, différence très hautement significative ($\chi^2 = 46,75$; $p < 0,0001$)

d) Enfin, en ce qui concerne les accouchements à terme dépassé, (plus de 42 semaines), on note les pourcentages suivants :

- 2,7 % dans le groupe HR,
- 3,25 % dans le groupe BR,
- 2,7 % dans le groupe D.

Aucune de ces différences n'est statistiquement significative ($\chi^2 < 1$)

e) En conclusion, l'usage de la fiche de dépistage permet partiellement de prévoir le risque d'accouchement prématuré.

- Cette prévision semble très efficace pour les accouchements très prématurés (à peu près 9 fois sur 10) ;

- Elle est moins évidente pour les accouchements prématurés "courants" ; la prévision n'a été faite que 2 fois sur 3 environ.

3° TAUX D'ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE SANS COMPLICATION
gémellaires non comptées

a) Nous trouvons, dans le groupe BR, 89,4 % d'accouchements non compliqués.

Le groupe D en comporte 90,2 % (différence non significative, $\chi^2 < 1$).

Le groupe HR compte seulement 76,4 % d'accouchements non compliqués : différence très significative ($\chi^2 = 24,8$; $p < 0,001$), par rapport aux deux autres groupes.

b) Pour cette rubrique, le groupe "Douteux" se comporte donc comme le groupe "Bas Risque". De toute façon le groupe classé "Haut risque", lui-même, comporte encore un nombre important d'accouchements non compliqués. Nous constatons ici, comme dans d'autre études, que la surveillance de la grossesse, plus spécialement orientée vers les risques propres à la grossesse elle-même, ne permet de prévoir que très imparfaitement le déroulement obstétri-

cal de l'accouchement proprement dit, nous allons retrouver cette notion au paragraphe suivant.

4° ENSEMBLE DES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

Ce terme de "complications obstétricales" regroupe tous les cas autres que les accouchements normaux, même s'il ne s'agit pas toujours de complications sévères.

a) Ce paragraphe recoupe le précédent et nous permet de constater :

- 22,2 % de complications dans le groupe HR,
- 10,3 % de complications dans le groupe BR,
- 9,2 % de complications dans le groupe D.

Les groupes BR et D ne représentent pas de différence significative ($\chi^2 < 1$). Le groupe HR compte un taux de complications de l'ordre du double (différence très significative, $\chi^2 = 21,26$; $p < 0,001$)

On constate que l'addition des taux d'accouchements compliqués et non compliqués pour chaque groupe ne donne pas 100 % en raison des réponses incomplètes ou non

fournies sur certaines fiches ; d'autres part, nous n'avons tenu compte que des accouchements uniques, écartant 6 accouchements gemellaires.

b) Nous allons étudier ces complications obstétricales de façon plus détaillée.

5° DECLENCHEMENTS ARTIFICIELS

Les déclenchements artificiels sont peu nombreux :

- 8 soit 2,7 % dans le groupe HR,
- 7 soit 1,3 % dans le groupe BR,
- 3 soit 1,6 % dans le groupe D.

L'étude comparée de ces proportions du groupe HR et BR donne un résultat non significatif ($\chi^2 = 1,99$) Il en est de même pour les résultats comparés des groupes BR et D ($\chi^2 < 1$).

L'étude de ces résultats ne fait donc apparaitre aucune différence dans la fréquence des déclenchements artificiels pour chacun des 3 groupes, ce qui ne laisse pas de surprendre quelque peu.

6° CESARIENNES

a) Nous aurions souhaité considérer séparément les césariennes faites avant le travail et celles faites pendant le travail, car elles ne correspondant pas toujours au même type de complications obstétricales.

Nous avons dû regrouper ces deux catégories, les effectifs de chaque sous-groupe n'étant pas suffisants pour les calculs statistiques.

b) Nous constatons :

- 31 césariennes soit 10,6 % dans le groupe HR,
- 11 césariennes soit 2,1 % dans le groupe BR, (différence très hautement significative $\chi^2 = 27{,}52$; $p < 0{,}001$) ;
- 7 césariennes soit 3,8 % dans le groupe D, (différence non significative par rapport au groupe BR : $\chi^2 = 1{,}56$)

c) En résumé il y a environ 3 à 5 fois plus de césariennes dans le groupe classé HR, illustrant bien le fait que l'usage des fiches a permis de sélectionner réellement une catégorie de femmes exposées aux complications.

7° LES DELIVRANCES ARTIFICIELLES ET REVISIONS UTERINES

Le groupe HR compte 11,3 % de délivrances artifi-

cielles et révisions utérines contre 3,7 % dans le groupe BR, soit près de 3 fois plus. La différence entre ces 2 résultats est statistiquement significative ($p < 0,001$; $\chi^2 = 8,7$). Le groupe D avec 4,5 % de délivrances artificielles est plus proche du groupe BR que du groupe HR.

8° SUITES DE COUCHES COMPLIQUEES

Cette rubrique comporte un taux élevé de réponses non fournies :

- 34,8 % dans la catégorie HR,
- 47 % dans la catégorie BR,
- 29,3 % dans la catégorie D.

soit : 37 % en moyenne pour les 3 groupes.

Les calculs ont été faits globalement, uniquement sur les résultats fournis en excluant les fiches ne comportant pas de réponse.

Le groupe HR compte 2,4 % de suites de couches compliquées, contre 2,1 % pour le groupe BR ; le groupe D en compte 3,3 %. Il n'existe aucune différence significative entre ces 3 pourcentages ($\chi^2 < 1$).

Les renseignements fournis par la fiche de dépis-

tage ne permettent donc pas d'isoler un groupe de femmes plus spécialement exposées aux complications du post-partum.

B. LES RESULTATS RELATIFS A L'ENFANT

1° POIDS DE NAISSANCE

Le poids moyen des enfants du groupe HR est de 3 147 g $\pm$ 561 g ; il est de 3 299 g $\pm$ 480 g dans le groupe BR, ce qui représente une différence statistiquement significative ($p < 0,001$ $\epsilon = 3,90$). Le poids moyen à la naissance des enfants du groupe D est de 3 304 g $\pm$ 505 g, écart non significatif comparé avec celui du groupe BR ($\epsilon = 0,11$). Le groupe D se comporte donc comme le groupe BR.

Le poids moyen des enfants nés dans le groupe HR est donc inférieur d'environ 150 g au poids moyen des autres enfants. Cette différence significative est à rapprocher de la forte proportion d'accouchements prématurés dans le groupe HR (cf. ci-dessus).

Nous envisagerons plus en détail la répartition des enfants en classes de poids, en distinguant les poids "excessifs" (plus de 4 000 g), "normaux" (de 3 à 4 000 g),

"insuffisants" (de 2 500g à 3 000 g) et "très insuffisants" (au-dessous de 2 500 g).

a) Taux des enfants de poids inférieur à 2 500 g

42 enfants sur 293 soit 14,3 % ont un poids de naissance inférieur à 2 500 g dans le groupe classé HR. On en trouve 21 sur 523 soit 4 % dans le groupe BR ; cette différence est très hautement significative ($\chi^2 = 28,13$; $p < 0,001$). Le groupe D avec 6,6 % d'enfants de moins de 2 500 g se comporte comme le groupe BR. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes ($\chi^2 = < 1,90$).

Il existe donc une assez bonne prévisibilité de poids inférieur à 2 500 g puisque l'on en compte 3,5 fois plus dans le groupe HR que dans le groupe BR et plus du double que dans le groupe D.

b) Taux des enfants de poids compris entre 2 500 et 3000 g

Pour cette tranche de poids, les différences entre les 3 groupes ne sont pas statistiquement significatives ($\chi^2 = 3,21$).

- 27,3 % dans la catégorie HR,
- 24,1 % dans la catégorie BR,
- 20,1 % dans la catégorie D.

c) Taux des enfants de poids variant entre 3 001 et 4 000 g.

51,5 % soit 151 enfants de la série HR ont un poids de naissance compris entre 3 001 et 4 000 g ; on en trouve 62,1 % dans le groupe BR ; cette différence est significative ($\chi^2 = 9,73$; $p < 0,01$). Dans le groupe D, 61,4 % des enfants ont ce poids à la naissance, la différence est statistiquement significative en comparaison avec le groupe HR ; ce groupe D se comporte donc comme le groupe BR, ce qui confirme l'étude du paragraphe précédent. Il apparait donc que le taux d'enfants de poids normal est très nettement plus petit dans le groupe HR, que dans les deux autres groupes.

d) Taux des enfants dont le poids est supérieur à 4 000 g.

Les pourcentages sont les suivants :

- 4,7 % dans le groupe HR,
- 5,5 % dans le groupe BR,
- 6,5 % dans le groupe D.

La différence entre ces 3 groupes n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 0,67$)

e) En conclusion l'usage de la fiche semble assez bonne pour la prévisibilité du poids, notamment en ce qui concerne le poids normal et les petits poids inférieurs à 2 500 g. Le taux des enfants dont le poids est compris entre 2 500 g et 3 000 g, et ceux dont le poids est supérieur à 4 000 g n'est pas significativement différent si l'on compare les 3 groupes entre eux ; il apparait donc que le nombre élevé d'enfants de poids "insuffisant" dans la série HR est aux dépens du nombre des enfants de poids "normal" compris entre 3 001 et 4 000 g.

Ce qui revient à dire que l'infériorité du poids moyen de naissance constatée dans le groupe à Haut Risque est probablement liée à la proportion très forte dans le groupe, d'enfants très prématurés et aussi d'enfants hypotrophiques.

On constate que l'usage des fiches permet d'isoler une population où le risque d'avoir un enfant de petit poids est plus du triple de celui observé dans les grossesses normales.

2° MORTALITE PERINATALE

C'est dans le groupe HR que l'on trouve le plus de décès ce qui prouve dans une certaine mesure l'efficacité de la fiche dans l'appréciation du risque, mais montre également les progrès qui restent à faire dans la thérapeutique de ces grossesses menacées.

Les résultats sont les suivants :

- 3,7 % dans le groupe HR,
- 1,2 % dans le groupe BR,

La différence est significative entre ces deux groupes ($\chi^2 = 6,270$; $p < 0,02$).

- 2,17 % dans le groupe D.

Les effectifs étant trop faibles, il n'est pas possible de comparer statistiquement les groupes D et BR.

Il reste cependant très net que les grossesses qui avaient été prévues à "haut risque" comportent une mortalité périnatale 3 fois plus élevée que la moyenne ; l'usage des fiches permet donc une bonne prévisibilité de ce risque.

3° COEFFICIENT D'APGAR

Le coefficient d'Apgar à la première minute de vie a été noté inférieur à 7 chez :

- 9,9 % des enfants de la catégorie HR ;
- 8,4 % dans la catégorie BR ;
- 8,7 % dans la catégorie D.

Bien que le pourcentage soit un peu plus élevé dans la catégorie HR, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces 3 groupes ($\chi^2 < 1$).

Le coefficient d'Apgar à la cinquième minute n'a pas été retenu pour l'analyse. Nous nous rangeons à l'opinion de D. LEWIN, qui, se fondant sur une étude statistique étendue a montré que ce score d'Apgar "tardif" était presque toujours supérieur à 7, même dans les cas où l'enfant présente secondairement des complications plus ou moins sévères, ce qui ote à ce score beaucoup d'intérêt.

Il semble donc d'après notre relevé que l'utilisation des fiches ne permet pas de prévoir l'état déprimé des enfants à la naissance ; ceci contraste avec la bonne prévisibilité des décès.

Une explication possible serait que les décès sont

plus liés à la pathologie de la grossesse, bien explorée par la fiche, alors que les Apgar bas sont liés surtout aux complications obstétricales moins bien prévues.

4° REANIMATION

Le nombre des réanimations, au même titre que celui des décès et des coefficients d'Apgar inférieurs à 7, peut être considéré comme un reflet intéressant de l'état des enfants à la naissance.

Ce chapitre est subdivisé sur notre fiche en plusieurs paragraphes.

1. La simple désobstruction n'a pas été retenue dans notre analyse car elle est en vérité une manoeuvre courante qui n'implique pas, le plus souvent, que l'enfant ait été en mauvais état à la naissance.

2. La ventilation au masque, lorsqu'elle est restée suffisante à elle seule, peut être considérée comme une "petite réanimation" correspondant à un foetus légèrement déprimé (ou parfois seulement endormi) ; elle indique donc, en première approximation, les cas où il y a eu une souffrance foetale discrète.

8,9 % des enfants classés dans le groupe HR ont été ventilés au masque. 4,6 % dans le groupe BR. Cette dif-

férence est statistiquement significative ($\chi^2 = 5,98$; $p < 0,02$). Par contre, les résultats du groupe D : 2,2 % ne sont pas statistiquement différents du groupe BR ($\chi^2 = 2,10$) Le groupe D se rapproche encore une fois du groupe BR.

3. L'intubation trachéale et l'administration de soluté bicarbonaté représentent des gestes que l'on pourrait qualifier, à l'inverse, de "grande réanimation". Il correspondent à la naissance d'enfants gravement déprimés, donc suspects d'avoir sévèrement souffert.

Ces cas sont peu nombreux quelle que soit la catégorie :

Intubation trachéale.

- 1,4 % en HR,
- 0,4 % en BR,
- 1,1 % en D.

Les effectifs sont insuffisants pour faire des calculs statistiques, néanmoins, le groupe HR en compte près de 4 fois plus que le groupe BR.

Administration de bicarbonate.

- 2,3 % dans la catégorie HR,

- 1,1 % dans la catégorie BR, cette différence n'est pas significative (χ^2 = 1,096 après correction de Yates),
- 0,5 % dans la catégorie D, les calculs ne sont pas possibles pour cette catégorie, les effectifs étant trop petits.

5° MALFORMATIONS CONGENITALES

Ce type d'anomalie n'est pas directement prévisible à partir des données de surveillance collectées sur la fiche. On pouvait s'y attendre. Le plus grand pourcentage (3,3 %) est dans la catégorie "Douteux", le plus faible, dans la catégorie "Haut Risque" (1,7 %). Quant au groupe "Bas Risque", il en compte 2,1 %. Ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs ($\chi^2 < 1$ après correction de Yates).

6° COMPLICATIONS SECONDAIRES NEONATALES

Les chiffres ne sont pas très éloquents ; en effet on aurait pu s'attendre à trouver une morbidité néonatale plus fréquente dans la catégorie "Haut Risque" ; les chiffres ne parlent pas ainsi :

- 2,4 % de complications dans la catégorie HR,
- 2,3 % dans la catégorie BR,
- 3,3 % dans la catégorie D.

Ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($\chi^2_{(1)}$) et ne permettent pas de tirer des conclusions positives, sinon que les prématurés et petits poids ne sont pas forcément soumis aux complications, et le fait que les soins appliqués dans toute la période périnatale ont peut-être permis, aussi, de compenser le handicap représenté par une situation initiale de "haut risque" obstétrical.

7° TRANSFERTS DU NOUVEAU-NE

Les transferts en service spécialisé sont nettement plus nombreux dans la catégorie HR : 6,8 % que dans la catégorie BR : 2,7 %.

Cette différence statistiquement significative ($\chi^2 = 8,11$; $p < 0,01$) est probablement le fait du nombre des prématurés.

La catégorie "Douteux" 4,3 % n'est pas significativement différente de la catégorie "Bas Risque"

Le nombre de ces transferts dans le groupe à "Haut Risque" parait directement en rapport avec la fréquence des accouchements prématurés, puisque, par ailleurs, les complications néo-natales ne paraissent pas plus fréquentes dans ce groupe que dans les autres.

8° SEQUELLES

Le chapitre des séquelles, dans un travail d'origine purement obstétricale, et privé de tout renseignement sur le devenir des enfants après leur sortie de l'hopital, ne peut être envisagé qu'avec beaucoup de prudence.

Des enfants, sortis apparemment en bon état, pourront ne révéler des séquelles (notamment une comitialité, un retard psychique etc...) que des années plus tard ; d'autres enfants, après des complications néonatales alarmantes pourront ultérieurement se développer de façon tout à fait normale.

D'autres part, le nombre d'enfants présentant "raisonnablement" un risque de séquelles se trouve très réduit dans notre série de 1 000 cas.

Même en regroupant ensemble les enfants considérés comme ayant des séquelles "très probables", ou seulement des séquelles "possibles", nous obtenons les résultats suivants :

- 1,76 % dans le groupe HR,
- 1,54 % dans le groupe BR,
- 2,25 % dans le groupe D.

Ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($\chi^2 = 6,37$).

III . RESUME DE CETTE ANALYSE

EN RESUME

• Sur les 1 000 fiches étudiées, 29,3 % seulement ont été classées dans la catégorie HAUT RISQUE ; cette dernière comporte 72,7 % des accouchements très prématurés,

39,5 % des accouchements entre la 32 et 37e semaine,

44,4 % des déclenchements,

63,3 % des césariennes,

56 % des enfants de poids inférieur à 2 500 g à la naissance,

52,4 % des décès périnataux,

50 % des "grandes réanimations",

47,6 % des transferts.

• La catégorie BAS RISQUE qui compte 52 % des observations ne contient que :

13,6 % des accouchements très prématurés,

à peu près un quart seulement :

- des césariennes,
- des poids inférieurs à 2 500 g,
- des décès périnataux,
- des réanimations importantes.

Mais par contre, il comprend :

- près de la moitié des Apgar inférieurs à 7 à la première minute,
- plus de la moitié des séquelles.

Ces paramètres de l'état néo-natal offrent donc, à partir de cette fiche de dépistage, une moins bonne prévisibilité que pour la prématurité et l'ensemble de la mortalité périnatale.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

D I S C U S S I O N

E T

C O M P A R A I S O N

A V E C D ' A U T R E S E X P E R I E N C E S

- -

I. DISCUSSION

A. INTERET CLINIQUE DE LA FICHE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le but premier de la fiche de dépistage créée par le Cercle d'Etudes a été de "maintenir la vigilance" au cours des consultations prénatales et d'établir un moyen de liaison simple entre les différents membres de l'équipe obstétricale.

Le besoin d'un tel instrument, en supplément de l'observation ordinaire est-il primordial ? On peut le penser à la lecture de la thèse de Mademoiselle RENDU qui étudie 831 dossiers d'enfants admis au centre de soins intensifs de réanimation néonatale de Port Royal, entre le 1er Janvier 1967 et le 21 Décembre 1969, fait ressortir un certain nombre de faits remarquables.

En 1967-1968, 42 % des femmes ont été insuffisamment suivies (nombre de consultations inférieur au nombre légal pour le terme) et 25 % en 1969 alors qu'il s'agissait pour 50 à 70 % d'entre elles de grossesses pathologiques.

Mais il y a plus grave :

"Si nous examinons la surveillance des grossesses pathologiques nous devons conclure à l'inefficacité de ces visites prénatales au moins pour 65 % des cas en 1967-1968 et 39 % en 1969. En effet, bien que le nombre des visites soit supérieur ou égal au nombre réglementaire, on n'a pas assez ou pas du tout tenu compte du risque que comportait cette grossesse pathologique et on n'a pas pris les décisions nécessaires de repos, d'examens complémentaires ou de traitement qui s'imposaient". Mademoiselle RENDU remarque encore que la tension artérielle n'a pas été prise ne serait-ce qu'une seule fois dans 5,4 % de la totalité des cas et dans 3,5 % des cas pour l'albumine ; la recherche d'agglutinines irrégulières chez des femmes Rh- n'a pas été faite dans 38 cas, même la détermination du groupe sanguin (ABO et facteur Rh) n'a pas été faite dans 4,6 % de l'ensemble de la population.

Il apparait donc que notre fiche aide-mémoire n'est pas un supplément inutile, plaqué artificiellement sur l'observation obstétricale ordinaire.

Pour élémentaire qu'elle soit, elle devrait permettre, au prix d'un travail minime, de réduire, voire d'annuler les pourcentages de femmes enceintes qui n'ont

pas bénéficié, comme le montre la thèse de mademoiselle RENDU, du minimum de surveillance.

Mieux, elle devrait permettre d'affiner et de renforcer la surveillance si des facteurs de risque ont été dépistés.

Il faut en effet rappeler que cette fiche n'est pas un but en elle-même, qu'il ne suffit pas que les femmes enceintes aient été correctement fichées pour accoucher le mieux du monde. Il faut évidemment que la constatation, la découverte de facteurs de risque débouche suivant les cas sur une augmentation du nombre des consultations, amène le médecin à prescrire un arrêt de travail anticipé, à pratiquer des examens complémentaires plus ou moins élaborés, voire à hospitaliser la patiente, la mise en oeuvre de tout traitement jugé utile étant naturellement le corollaire de cette surveillance renforcée.

Ce premier but a-t-il été atteint ?

L'analyse des 1 000 fiches parmi les 25 000 mises en service en 1972 nous montre que la mise en fiche d'un certain nombre de facteurs de risque obstétrical à usage premier d'aide-mémoire destiné au personnel médical des

consultations obstétricales semble avoir permis de sélectionner efficacement environ 30 % de grossesses qui se sont effectivement révélées comme comportant des risques plus importants que la moyenne. Il est bien évident que certaines grossesses (23 %) qui se sont révélées ultérieurement à "haut risque", par l'existence de complications, ont échappé à cette sélection ; à l'inverse, certaines grossesses classées "haut risque" se sont terminées tout à fait normalement, soit spontanément, soit grâce aux thérapeutiques.

Nous avons vu, en particulier, dans l'étude détaillée des résultats que les scores d'Apgar inférieurs à 7 ne sont pas en proportion différents dans le groupe classé à "haut risque" que dans les autres. De même, les séquelles ne paraissent pas plus fréquentes dans le groupe à "haut risque". Avec toutes les réserves qui s'imposent, il n'est pas interdit de penser que les mesures thérapeutiques prises pour les grossesses reconnues à risque élevé ont pu améliorer les résultats foetaux de ces grossesses ; ceci peut être considéré comme un encouragement à poursuivre l'expérience.

Bien évidemment cette fiche aussi parfaite soit-elle, ne pourra jamais être d'aucune utilité pour les

femmes qui accouchent sans jamais avoir consulté un médecin ou un centre de P.M.I. (400 en 1972 à l'Hopital Lariboisière) ; mais il faut aussi que les fiches soient effectivement tenues à jour, ce qui suppose une discipline acceptée par les différents membres de l'équipe obstétricale.

Certains auteurs, en France et à l'étranger ont intégré dans leur dossier d'observation obstétricale un aide-mémoire des facteurs de risque plus ou moins analogue à la fiche du CERCLE D'ETUDES. L'une des difficultés qu'ils rencontrent est que cet aide-mémoire soit réellement utilisé dans tous les cas comme nous le signale notamment M. PECORARI de Gênes.

Il faut noter par ailleurs que l'interrogatoire et par conséquent la découverte de certains facteurs de risque est souvent rendu difficile chez les immigrées ne parlant pas notre langue et de niveau socio-économique bas ; c'est malheureusement là encore chez ces personnes que bien souvent les risques sont les plus grands, notamment en ce qui concerne les accouchements prématurés comme l'ont montré des études nombreuses et concordantes.

B. INTERET RETROSPECTIF DE L'USAGE DES FICHES POUR UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES GROSSESSES A RISQUE ELEVE

En dehors du but premier de ces fiches aide-mémoire qui était comme nous venons de le voir, de rendre plus efficace la surveillance individuelle des femmes enceintes, l'analyse rétrospective des fiches peut permettre de progresser dans la connaissance des critères visant à sélectionner les grossesses qui doivent être surveillées plus spécialement.

Notre législation sociale oblige les femmes enceintes à se soumettre à 4 consultations prénatales et à plusieurs examens complémentaires indispensables, faute de quoi la future mère s'expose à perdre les avantages auxquels elle a droit.

Ceci, considéré en France comme le minimum, n'est pas toujours suffisant. Des consultations plus rapprochées et de nombreux examens complémentaires approfondis peuvent être mis en oeuvre pour mieux surveiller les grossesses, mais cette surveillance renforcée est trop onéreuse pour que toutes les femmes enceintes puissent en profiter actuellement. C'est donc une nécessité de dépister et de

classer avec le plus de précision possible, les grossesses que l'on qualifie à "bas risque" et celles que l'on qualifie de "haut risque" ou grossesses nécessitant une surveillance plus rigoureuse.

II. COMPARAISON AVEC D'AUTRES EXPERIENCES

En 1969 NESBITT & AUBRY aux Etats Unis ont présenté une fiche de dépistage des grossesses à "haut risque" ainsi que les résultats rétrospectifs correspondants. Les facteurs de risque au nombre de soixante environ sont groupés en huit rubriques. Chaque facteur est affecté d'un coefficient chiffré plus ou moins élevé variant de 0 à 30, en fonction de la gravité du risque éventuel :

exemples :

- 30 points pour 3 avortements,
- 5 points pour les races "non blanches",
- 20 points pour un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g.

Le système de cotation est le suivant : partant d'un score idéal de 100, on retranche la somme de points corres-

pondant aux risques dépistés. Le score le plus bas correspond donc au risque le plus élevé.

3 groupes sont ainsi constitués en fonction du score :

- un groupe à haut risque avec un score inférieur à 70 points,
- un groupe à risque modéré avec un score compris entre 70 et 84 points,
- un groupe à bas risque avec un score supérieur à 84 points.

L'expérience a porté sur 1 001 fiches qui se sont réparties de la façon suivante :

- 299 dans la catégorie HR,
- 390 dans la catégorie MR,
- 312 dans la catégorie BR.

TABLEAU N° 16

LES RESULTATS

(Résumé)

Poids 2 500 g	HR	19,59 %
	MR	7,44 %
	BR	10 %
Total prématurés (35 semaines)	HR	10,24 %
	MR	5,21 %
	BR	4,64 %
Césariennes	HR	11,90 %
	MR	1,8 %
	BR	0,64 %
Mortalité (sans tenir compte des avortements)	HR	4,41 %
	MR	2,31 %
	BR	2,56 %

En 1970, E. PAPIERNIK et J. CENTENE en France ont fait une étude prospective visant à apprécier la prédictibilité des complications obstétricales et néo-natales, au moyen également d'une fiche de dépistage.

Cette fiche comporte 2 feuillets principaux : le premier doit être rempli avant le 3e mois de grossesse, il comporte 7 rubriques :

- âge de la mère,
- situation familiale et sociale,
- comportement socio-psychologique,
- parité,
- antécédents obstétricaux,
- troubles de l'appareil génital et de l'accouchement,
- affection médico-obstétricales et nutritionnelles

Les rubriques comportent chacune plusieurs facteurs de risque.

Le deuxième feuillet est rempli au cours du 8e mois ; il comporte un plus petit nombre de facteurs de risque qui tentent de cerner la pathologie de la grossesse. Un 3e tableau enregistre le résultat obstétrical et pédiatrique.

Les facteurs de risque comme dans la fiche de

NESBITT et AUBRY ont une cotation chiffrée qui va de 0 à 30 points selon la gravité du risque, et c'est le score le plus élevé qui correspond au risque le plus élevé.

L'enquête a porté sur 500 accouchements.

LA METHODE

Consiste lors du premier trimestre à établir le risque foeto-maternel par un score.

Celui-ci sera corrigé au 3e trimestre.

LES RESULTATS

Les résultats de l'enquête ne sont pas donnés en chiffres ni en pourcentage mais en coefficient de corrélation statistique (R).

A 3 MOIS

Les cas se groupent en 3 niveaux de risque :

- de 0 à 40 points..... 25 % de problèmes pathologiques,
- de 50 à 65 points..... 32 % de problèmes pathologiques,
- supérieur à 90 points..... 75 % de problèmes pathologiques.

- pour les césariennes..... R = 0,83
- Apgar inférieur à 7 à la 1re minute... R = 0,75
- La prévisibilité des problèmes neurologiques est nulle..... R = 0,001
- Les prématurés et les dysmaturs ne sont pas bien prévus..... R = 0,23 & 0,25

A 8 MOIS

- de 0 à 15 points..... 10 % d'accouchements pathologiques,
- de 20 à 65 points..... 30 % d'accouchements pathologiques,
- supérieur à 70 points..... 60 % d'accouchements pathologiques.

- Césariennes..... R = 0,92
- Apgar..... R = 0,92
- problèmes neurologiques.... R = 0,77
- prématurés..... R = 0,51
- dysmaturs..... R = 0,29

Ces deux expériences, antérieures à la nôtre, autorisent avec elle des comparaisons qui peuvent avoir leur intérêt, d'autant plus qu'elles sont du même ordre de grandeur pour le nombre d'observations.

a) LES BUTS

Le travail de NESBITT & AUBRY, de même que celui de PAPIERNIK et CENTENE ont pour objectif essentiel, de l'aveu de leurs auteurs, de fixer avec autant de précision que possible les limites qui permettent de définir la "grossesse à risque élevé".

Dans notre propre travail, ce but n'est que second par rapport à l'intérêt pratique immédiat, comme nous l'avons souligné précédemment.

b) LES METHODES

1. Des différences de détail : les diverses rubriques présentent dans les 2 expériences citées, certaines différences qui ne sont pas fondamentales par rapport à la nôtre ; par exemple :

- NESBITT & AUBRY font une différence entre race blanche et non blanche,
- L'anémie est cotée en fonction du taux d'hémoglobine (NESBITT et PAPIERNIK),
- Les facteurs socio-économiques sont plus détaillés chez PAPIERNIK,
- Les fibromes sont cotés en fonction de la taille et de leur siège.

par contre n'apparait pas comme dans notre propre fiche :

• L'excès ou l'insuffisance de volume utérin.

La fiche de PAPIERNIK compte une centaine de facteurs, celle de NESBITT et AUBRY, une soixantaine ; la nôtre en compte soixante.

2. Des différences plus caractérisées.

L'aspect qualitatif et chronologique de cette fiche en font l'originalité par rapport à d'autres expériences du même ordre.

a) La notation chronologique

L'aspect chronologique de notre fiche est l'un des points qui en fait l'originalité ; cela permet en un instant, à la lecture de la fiche, de situer le ou les facteurs de risque dans le temps, d'en constater la date d'apparition, la persistance où l'éventuelle disparition. Surtout, les différents éléments de risque observés à des moments divers viennent s'ajouter sur le document.

La conclusion d'ensemble, au dernier mois de la grossesse, par exemple, permet donc de tenir compte d'éléments qui seraient restés inapparents si le dépistage était fait en une seule fois (ex : fiche établie lors de la première consultation, cas de NESBITT).

b) La discussion des cotations chiffrées.

Il peut sembler au premier abord que la cotation chiffrée attribuée aux différents facteurs de risque donne un caractère plus rigoureux dans l'appréciation du risque, par rapport au système qualitatif que nous avons délibérément adopté.

En fait, dans les études de NESBITT et de PAPIERNIK, l'attribution des coefficients numériques a été faite a priori par les utilisateurs en fonction de l'expérience clinique qui leur fait dire que tel signe est plus ou moins "grave".

Il est permis de penser que d'autres cliniciens d'expérience égale auraient pu affecter certains facteurs de risque d'un coefficient différent. (L'une des difficultés relatées par NESBITT et Coll. est précisément de faire adopter par les divers membres d'une équipe obstétricale une cotation à peu près homogène). S'il apparait judicieux d'établir cette cotation chiffrée pour faciliter l'étude statistique dans une expérience limitée dans le temps et l'espace, ce qui est le cas pour NESBITT comme pour PAPIERNIK, il ne convient pas d'attribuer au "score" obtenu un caractère réellement rigoureux.

A cet égard, l'appréciation qualitative qui caractérise notre expérience peut, au contraire, être considérée comme plus adaptée à la diversité des cas particuliers et à la multiplicité des équipes obstétricales : la conclusion est portée pour chaque cas de façon plus individualisée.

Par ailleurs, dans l'optique qui est la nôtre et qui vise avant tout à améliorer la surveillance de chaque grossesse, le système de cotation chiffrée peut pour un même nombre recouvrir des risques très divers, justifiant donc des attitudes thérapeutiques très différentes. L'on pourra discuter longuement pour savoir si le risque est plus grand chez telle femme avec un score à 30, porteuse d'une maladie cardiaque mal compensée ou chez telle autre femme qui a aussi un score à 30 parce qu'elle mesure entre 1,50 m et 1,55 m et a un "travail sans ascenseur".

Néanmoins, il serait injuste de ne pas reconnaitre à la cotation chiffrée le mérite d'être éventuellement plus facilement maniable pour des omnipraticiens par exemple, qui, à partir d'un certain score pourraient "automatiquement" confier la surveillance de telle femme enceinte à un centre spécialisé. En fait le problème ne serait que déplacé, car avant de fixer la "note" le praticien devrait avoir apprécié lui-même, qualitativement, la gravité des risques observés, opération qui reste très subjective.

c) La population étudiée.

L'expérience de NESBITT & AUBRY porte sur 1 001 fiches provenant d'un même service.

L'expérience de PAPIERNIK et CENTENE sur 500 fiches provenant d'un même service.

Notre propre expérience qui porte sur 1 000 fiches n'est pas une expérience de laboratoire. Ces fiches choisies au hasard parmi 25 000 imprimées et distribuées, proviennent de plusieurs maternités. Ce n'est donc pas une seule équipe mais plusieurs qui ont utilisé et rempli les fiches et donc conduit l'expérience. Ces conditions moins propices à une expérience rigoureuse sont intéressantes car plus proches de la réalité quotidienne.

Ceci explique probablement en partie, le fait qu'un certain nombre de nos fiches aient été insuffisamment remplies.

d) Le problème des fiches douteuses.

Cette catégorie des fiches douteuses a été introduite dans notre étude par la conception même de la fiche ; ne comportant aucune cotation numérique, les fiches lues en double aveugle, exposent obligatoirement dans certains cas, à une

absence de concordance dans l'appréciation du risque ; 18,4 % des fiches sont dans cette catégorie et à l'analyse des résultats, elles sont d'une manière générale plus près des fiches "bas risque" que "haut risque" ; il en est d'ailleurs de même des fiches classées "risque modéré" par NESBITT et AUBRY d'après leur cotation numérique (voir tableau n° 17).

Cet "échec" relatif dans l'appréciation du risque, est plus bas dans notre expérience (18 %) que dans celle de NESBITT et AUBRY (39 %).

Certes la prévision du risque sera améliorée mieux cernée, la catégorie "douteux" ou "modéré" diminuera au fur et à mesure de l'introduction dans la pratique courante d'examens complémentaires quantifiables.

Il est sans doute possible de réduire la zone frontière des "douteux" ou "modérés", mais non de la faire disparaitre.

Compte tenu des différences de population et de méthodes de travail, il nous parait intéressant de mettre côte à côte certains des résultats fournis par les enquêtes de NESBITT, de PAPIERNIK et la nôtre.

+ Les poids de naissance inférieurs à 2 500 g,

+ Les accouchements prématurés,

+ Les césariennes,

+ La morbidité à la naissance,

+ La mortalité périnatale.

1° Les poids de naissance inférieurs à 2 500 g

Dans l'expérience de NESBITT et AUBRY, le groupe "haut risque" compte 19,39 % d'enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g, contre 10 % dans le groupe "bas risque", soit presque 2 fois plus.

Dans notre propre expérience, le groupe "haut risque comprend 14,3 % d'enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g, soit 3,5 fois plus que dans le groupe "bas risque".

Les groupes "risque modéré" et "bas risque" sont à 1 % près, identiques.

Il semble donc que notre fiche permet mieux que celle des auteurs américains de prévoir le risque d'avoir des enfants de faible poids, soit par hypotrophie, soit par prématurité.

2° Les accouchements prématurés

Dans l'expérience américaine, les prématurés sont comptabilisés jusqu'à 35 semaines, dans notre propre expérience jusqu'à 37 semaines, c'est ce qui explique probablement des pourcentages plus importants qui figurent dans notre étude.

- 10,24 % dans la catégorie HR

contre :

- 4,64 % dans la catégorie BR

pour NESBITT et AUBRY, soit un peu plus du double.

- 20,9 % dans la catégorie HR

contre :

- 9 % dans la catégorie BR

dans notre expérience, soit un peu plus du double également.

Il n'apparaît donc pas ici de différence bien caractéristique dans les expériences ; la limite de 37 semaines, retenue par nous étant plus conforme à la notion de prématurité telle que l'a établie l'O.M.S.

3° Les césariennes :

Les différences de pourcentage entre les deux expériences ne sont pas significatives ; il apparaît cependant

un écart assez important entre les deux catégories BR :

- 0,64 % pour NESBITT et AUBRY

contre

- 2,1 % dans notre expérience.

Les auteurs américains semblent donc avoir, mieux que nous, prévu l'éventualité de la césarienne.

4° La morbidité à la naissance :

Elle correspond pour nous aux score d'Apgar inférieurs à 7, critère qui n'est peut-être pas exactement le même que celui retenu par NESBITT. Ceci explique peut-être partiellement que nous ne retrouvions pas dans notre série la liaison que cet auteur constate entre le risque élevé et la morbidité néo-natale ; en effet dans l'expérience américaine, la morbidité à la naissance est 2,5 fois supérieure dans la catégorie HR que dans la catégorie BR. Les résultats de notre expérience ne montrent pas des scores d'Apgar statistiquement différents pour les 3 groupes.

5° La mortalité périnatale :

Dans l'enquête de NESBITT et AUBRY, la catégorie HR comprend 4,41 % de décès contre 2,56 % dans la catégorie BR.

TABLEAU N° 17

		NESBITT	NOTRE ETUDE
Poids inférieur à 2 500 g	HR	19,59 %	14,3 %
	MR	7,44	6,6 %
	BR	10	4
Total prématurés	HR	10,24	20,9
	MR	5,21	13,6
	BR	4,64	9
Césariennes	HR	11,90	10,6
	MR	1,8	3,8
	BR	0,64	2,1
Morbidité à la naissance	HR	9,15	9,9
	MR	5,13	8,4
	BR	3,53	8,7
Mortalité périnatale (avortements exclus)	HR	4,41	3,7
	MR	2,31	2,1
	BR	2,56	1,8

Dans notre expérience la différence entre les deux groupes est nettement plus significative :

- 1,2 % dans la catégorie BR,
- 3,7 % dans la catégorie HR,

soit 3 fois plus.

Là encore, notre fiche semble avoir mieux permis de mesurer le risque. Ce qui est marquant, c'est le plus fort taux de décès périnataux dans l'expérience américaine, cela peut nous étonner lorsque l'on connait le haut niveau de médicalisation de ce pays.

La comparaison entre les résultats de notre étude et ceux de l'étude de PAPIERNIK est plus délicate. En effet, celui-ci, utilisant un score numérique, exprime ses résultats sous forme d'un coefficient de corrélation entre le taux de risque prévu et la fréquence des complications observées.

Notre propre enquête portant sur des données qualitatives, il n'est en principe pas question, par définition de calculer des corrélations.

Il est cependant possible de le faire en remplaçant nos appréciations qualitatives "bas risque", "douteux" et "haut risque", par des cotations arbitraires, par exemple 0, 1 et 2 et en indiquant de même l'absence ou la présence de complication par le chiffre 0 ou 1.

On conçoit aisément que cette manière de faire, entraîne une perte très importante d'information par rapport à une cotation plus détaillée ; on ne s'attendra donc pas à obtenir une corrélation très étroite entre les facteurs étudiés.

Pour cette raison, nous nous sommes contenté de calculer la corrélation globale entre le "niveau de risque" et la fréquence des accouchements pathologiques, sans détailler les diverses complications.

En reprenant notre série de 1 000 fiches, nous relevons donc les données suivantes :

GROUPE "HAUT RISQUE"

Effectif total..... 293

- complications maternelles..... 72 soit 24,6 %
- complications foetales et néonatales..... 78 soit 26,6 %
- ensemble des accouchements pathologiques..... 112 soit 41,6 %

(L'ensemble étant inférieur au total des complications partielles du fait de la présence de complications simultanées maternelles et foetales).

GROUPE "DOUTEUX"

Effectif total..... 184

- complications maternelles..... 21 soit 11,4 %
- complications foetales et néonatales..... 32 soit 17,3 %
- ensemble des accouchements pathologiques..... 47 soit 25,5 %

======

GROUPE "BAS RISQUE"

Effectif total..... 523

- complications maternelles..... 62 soit 11,9 %
- complications foetales et néonatales..... 85 soit 16,3 %
- ensemble des accouchements pathologiques..... 125 soit 23,9 %

======

On constate, comme précédemment dans l'analyse détaillée, que les taux de complications sont très similaires dans les groupes douteux et bas risque (différence non significative, $\chi^2 < 1$). Cependant nous n'avons pas réuni ces deux groupes en un seul puisque un niveau de risque différent avait été suspecté pour chacun d'eux.

Le coefficient de corrélation calculé sur ces données est : r = 0,51, très hautement significatif (t = 18,89). Ce coefficient traduit donc une liaison positive entre le taux de risque évalué d'après nos fiches, et la fréquence des accouchements pathologiques.

Cette liaison est apparemment moins forte que celle constatée dans l'étude de PAPIERNIK (r = 0,89). Nous ne sommes pas étonné de cet écart qui est dû probablement en grande partie à la différence des buts et des méthodes de travail et au fait essentiel que notre fiche n'est pas adaptée à une utilisation quantitative.

Il nous importe d'avantage de constater une concordance du sens des corrélations dans ces deux travaux.

En outre, nous avons la satisfaction de noter que le taux de complications dans les groupes "bas risque" et "douteux" (25 % environ) se situe dans la moyenne des taux constatés par PAPIERNIK pour les scores faibles et moyens (au dessous de 65). En revanche, le taux d'accouchements pathologiques dans nos grossesses présumées "à haut risque" n'est que de 41 %, alors qu'il atteint 60 % dans les scores élevés de PAPIERNIK. A tort ou à raison, nous sommes donc tenté de penser que les efforts thérapeutiques qui ont pu

être appliqués à la suite du dépistage des risques obstétricaux ont contribué à diminuer la fréquence des complications.

Au terme de cette étude, il semble que la fiche qualitative et chronologique soit d'une efficacité sensiblement équivalente à celle des scores numériques pour un certain nombre de facteurs pathologiques.

Pour connaître l'efficacité réelle de notre fiche il faudrait pouvoir étudier la mortalité périnatale avec utilisation de ces fiches et sans leur utilisation et comparer les résultats. NESBITT et AUBRY ont montré qu'au prix d'un dépistage soigneux des grossesses à "haut risque" dans l'Etat de New-York, on a observé en deux ans une chute du chiffre de mortalité périnatale dans les grossesses à risque élevé de 210 à 66.

On peut souhaiter d'autre part que dans un avenir plus ou moins proche, la distinction entre grossesse à "bas risque" et à "haut risque" disparaitra pour faire place à une seule notion : "haut risque" c'est-à-dire surveillance renforcée pour toutes les grossesses. Il est toutefois utopique, mais pas interdit, de penser que si toutes les femmes enceintes bénéficiaient d'examens, tous

quantifiables mathématiquement, apparaitrait alors plus clairement la distinction entre grossesse normale et pathologique.

Nous avons vu au cours de cette étude que les risques étaient d'autant mieux prévus que l'on avançait dans l'âge de la grossesse, mais nous avons vu également que beaucoup de grossesses à "haut risque" étaient dépistées dès le premier examen. Dépister pour traiter est donc le problème actuel. Mais ne pourrait-on pas aller plus loin : dépister les risques avant toutes grossesse, afin de choisir le moment favorable optimum pour concevoir un enfant, mais ceci est une autre histoire et fait partie de la médecine préventive générale et non plus seulement obstétricale.

-=-

C O N C L U S I O N S

Une fiche aide-mémoire pour le dépistage des risques obstétricaux a été établie et utilisée pendant un an dans plusieurs services de gynécologie-obstétrique de la périphérie de PARIS.

Les particularités de cette fiche sont :

- de comporter des renseignements qualitatifs volontairement non chiffrés ;
- d'utiliser une notation chronologique des facteurs de risque.

1 000 de ces fiches individuelles prises au hasard ont été étudiées rétrospectivement, par référence au résultat maternel et infantile des accouchements correspondants.

Les renseignements qui résultent de cette étude sont les suivants :

1°) La tenue régulière des fiches semble être effectivement de nature à renforcer et à maintenir la vigilance de chacun au cours de la surveillance obstétricale, ce qui était le but premier assigné à ces fiches aide-mémoire.

2°) L'usage des fiches a permis en outre de sélectionner sur l'ensemble des femmes enceintes une proportion de 30 % environ chez lesquelles des complications

sont plus spécialement à craindre. Ces grossesses dites à "haut risque" doivent bénéficier d'une surveillance renforcée.

3°) Par comparaison avec d'autres études du même genre, mais utilisant des cotations numériques, on constate que la fiche étudiée permet une prévision équivalente et même plutôt meilleure de certaines complications, notamment l'accouchement prématuré et la mortalité périnatale. En revanche, elle est moins efficace pour la prévision de la morbidité néo-natale.

Compte tenu de ces avantages et de ces insuffisances, il parait utile d'intégrer dans le dossier médical de surveillance obstétricale un document dont la teneur s'inspire de la fiche de dépistage étudiée.

Il serait souhaitable que la diffusion de ce procédé ne se fasse pas seulement dans les maternités hospitalières mais auprès de tous ceux qui ont à surveiller des femmes enceintes, y compris les omnipraticiens.

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

B I B L I O G R A P H I E

ABRAMOWICZ M. et KASS : "Pathogenie et pronostic de la prématurité"
New England J. Méd. 20 oct 1966 273 n° 16

AUBRY R. H. & NESBITT R. E. : "High risk obstetrics, I Perinatal outcome in relation to a broadined approach to prenatal care. In press

AUBRY & NESBITT : "High risk obstetrics, II. Value of a semi-objective grading system in identifying the vulnerable groupe.
Am. J. Obst. gyn. 1969 103 972-985

AUBRY & NESBITT : "High risk obstetrics"
Am. J. Obst. and gynéco. 1970 vol 107 n° 1-7

BARRIOT B. : "Grossesse à risque"
thèse méd. tours 1971

BAURAIN J.J. : "contribution à l'étude de la prématurité Etude statistique des signes de dépistage".
Thèse Paris 1971

BUTLER N. R. et ALBERMAN E. D. : "High risk predicers at booking and in pregnancy, in perinatal problems" p 36, I vol (E et S livingshome edit)
Edinbourg, Londres 1969

DONNELLY J. F. (Jr) : "Etiology of prematurity"
Clinical obst. and gyneco 1964 7 647

DRILLIEN C. M. : "Les facteurs économiques et sociaux, causes de l'accouchement prématuré"
J. Obst. gyn. Brit. RV 1957 64 n° 2

ECHT C. R. et COHEN L. : "The management of high risk pregnancies"
Am. J. Obs. et gynéco. 1970 vol 107 n° 6 947-953

ENGELMANN Ph. : "Les impératifs de la surveillance médicale de toute grossesse"
Revue du Prat. 1er Avril 1973

GARES R. : "Le dépistage et la prévention des menaces d'interruption de la grossesse"
Rev. Prat. 11 fév. 1961

GRISWOLD D. M. & CAVANACH D. : "The epidemiologic profile of the high risk mother".
Amer. J. Obst. Gynéco. 1956 96 878-882

LEDUC J. P. : "Les grossesses à risque élevé"
Thèse Méd. Anger 1971

PAPIERNIK E. : "Nombre de consultations prénatales et résultats obstétricaux"
Bull. Gynéco. et Obst. T. 22 nº 4 424-428

PAPIERNIK E. et KIESZKIERVICTK T. : "Valeur pronostique du coefficient de risque d'accouchement prématuré"
Gyn. Obst. Paris 1970 69 153-160

PAPIERNIK E. et CENTENE J. : "Dépistage des grossesses à haut risque. Etude préliminaire rétrospective"
Bull. Féd. Soc. Obst. Gyn. 1970 22 413-419

PAPIERNIK BERKHAUER : "Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP)
La Presse Médicale 1969 77 793-794

PECORARI : communication personnelle faite au Dr MICHELON

PINARD A. : "Clinique obstétricale"
chapitre : "de la puériculture intra-utérine"
p 51, I vol
B. Steinheil éd. Paris 1899

RENDU Ch. : "Etude de 831 dossiers d'enfants admis dans un centre de soins intensifs et de réanimation néo-natale"
Thèse Paris 1970 nº 150

RENEAU R., BRETTES P., RUMEAU-ROUQUETTE C., MERGER B. : "Surveillance de la grossesse et dépistage des grossesses à haut risque en périnatalité, par un groupe de spécialistes et pédiatres"
Masson et Cie 1972

RUSSEL J. K. et THOMSON A. M. : "Foetal complications and the selection of high risk cases"
Brit. J. Hosp. Med. 1970 3 549-555

WATTEVILLE H., VOLET B. et BEGIN F. : "Facteurs médico-sociaux dans l'étiologie de l'accouchement prématuré"
Bull. Féd. Soc. Gyn. 1963 15 174-196

-=-=-=-=-=-=-=-